



CLÍNICA DA MENTE

Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva

Núcleo de Investigação HBM – Clínica da Mente

Catarina Certal, Catarina Ferreira, Cécile Domingues, Joana Oliveira, Maria Clemente

Supervisão:

Pedro Brás

CLÍNICA DA MENTE

Junho 2016

RESUMO

Nos países industrializados, a depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade, tendo sido classificada como a “doença do século” pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Este estudo utilizou métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, com o intuito de responder ao problema de investigação: “Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”, visando avaliar o impacto da intervenção HBM (*Human Behaviour Map*) na depressão.

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país. Os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem.

Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente.

Verificou-se ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18,072$ $p < 0.001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto muito significativo na diminuição do grau de depressão de todos os pacientes, verificando-se a total remissão de sintomatologia depressiva em 80% da amostra.

Constatou-se, então, que a intervenção HBM é altamente eficaz e eficiente no tratamento da depressão, tendo um grau de eficácia estatisticamente significativa ($M=13,869$; $X^2:0,005$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo antes do tratamento.

ABSTRACT

In industrialized countries, depression is considered one of the most serious Public Health problems, and it has been classified as the “disease of the century” by the World Health Organization (OMS, 2002).

This study used quantitative research methods with pre-test and post-test, in order to answer the research question: "What is the efficiency and effectiveness of HBM psychotherapeutic model in the treatment of depression?", aiming to assess the impact of HBM (*Human Behaviour Map*) intervention in depression.

For the development of this research and taking into account the goals initially set, a convenience sample of 85 adult subjects, from various districts of the country, was evaluated. The results allowed the following conclusions.

For 83.4% of the sample, it took between five and ten sessions of therapeutic intervention to overcome the depressed state.

It was also found that there is a statistically significant difference ($t(84) = 18,072, p < 0.001$) between the mean degree of depression pre-test and post-test, concluding thereby that the HBM psychotherapeutic intervention had a significant impact in reducing the degree of patients' depression. It was also verified the complete remission of depressive symptoms in 80% of the sample.

Furthermore, it was also found that the HBM intervention is highly efficient and effective in treating depression, having a statistically significant efficacy ($M = 13.869; X^2: 0,005$), especially in those cases where the initial depression index is more severe before treatment.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Depressão | 2 |
| 2.1. Definição..... | 2 |
| 2.2. Causas da Depressão | 4 |
| 2.3. Sintomas da Depressão..... | 5 |
| 2.3.1. CID-10 | 6 |
| 2.3.2. DSM | 7 |
| 2.3.3. HBM..... | 9 |
| 3. Principais Modelos de Intervenção na Perturbação Depressiva | 10 |
| 3.1. Modelo bioquímico da depressão..... | 10 |
| 3.2. Modelo integrativo da depressão de Aaron Beck..... | 11 |
| 3.3. Modelo Psicoterapêutico HBM..... | 12 |
| 4. Epidemiologia | 14 |
| 5. Metodologia e Apresentação de Resultados | 17 |
| 5.1. Desenho global da investigação | 17 |
| 5.1.1. Instrumentos | 17 |
| 5.1.2. Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo..... | 18 |
| 5.1.3. Procedimentos..... | 20 |
| 5.2. Metodologia estatística dos dados..... | 21 |
| 6. Resultados..... | 22 |
| 6.1. Análise da eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM | 22 |
| 6.2. Análise inferencial sobre o nível de depressão em função das variáveis sociodemográficas..... | 24 |
| 7. Conclusão..... | 26 |
| 8. Implicações dos Resultados da investigação e sugestões para futuras investigações | 28 |
| 9. Referências Bibliográficas | 30 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo A: Dados Sociodemográficos..... | 35 |
| Anexo B: Inventário de Depressão de Beck..... | 36 |
| Anexo C: Documento Informativo | 38 |

ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013) (DGS, 2014)..... | 15 |
| Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra | 18 |
| Tabela 3: Valores de depressão (por categorias) no pré e pós-teste da amostra..... | 22 |
| Tabela 4: Estatística descritiva (pré e pós-teste) | 23 |
| Tabela 5: Género vs. Variação do Grau de depressão após intervenção com modelo HBM | 25 |

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação visa implementar e avaliar o impacto da intervenção psicoterapêutica HBM na perturbação depressiva. Neste sentido, a investigação aqui descrita foi desenhada para responder ao problema de investigação *“Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”*.

Para atingir esses objetivos foi usado um desenho de investigação experimental com pré e pós-teste e uma amostra de conveniência, envolvendo pacientes adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país, que se dirigiram voluntariamente à Clínica da Mente.

Neste âmbito, a primeira parte deste trabalho pretende contextualizar a depressão, com a sua definição, causas e sintomas segue-se a explanação das principais correntes teóricas de intervenção na perturbação depressiva, nomeadamente, o modelo bioquímico, o modelo integrativo de Beck e o modelo psicoterapêutico HBM; a epidemiologia da depressão; por último, apresenta-se uma exposição mais detalhada do modelo psicoterapêutico HBM.

A segunda parte do trabalho consiste na explicação da metodologia utilizada no presente estudo e apresentação de resultados, nomeadamente o desenho global da investigação, instrumentos, população e critérios de seleção das amostras e metodologia estatística dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados, especificamente com a caracterização da população-alvo, a análise da eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM e a análise inferencial sobre o nível de depressão em função das variáveis sociodemográficas, e, por fim, a conclusão.

2. DEPRESSÃO

2.1. Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade, afetando cerca de 350 milhões de pessoas a nível mundial e não fazendo distinções sociais, económicas ou culturais (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008). A incidência da depressão tem sido constantemente ascendente, estimando-se que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento da população, exacerbando os problemas e desequilíbrios sociais, prevendo-se, deste modo, que em 2020 a depressão seja a perturbação que mais afetará a população mundial em geral (OMS, 2002).

Com efeito, a depressão causa um sofrimento psicológico extremamente complexo, com repercussões notórias na funcionalidade do ser humano, interferindo em todos os aspetos quotidianos, nomeadamente, a nível profissional, social, pessoal e económico (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008; Metha, Mittal & Swani, 2014).

De uma forma global, a depressão é vista como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, sensação de cansaço, falta de concentração, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração (OMS, 2002). Todavia, a sintomatologia depressiva é multifacetada e variável de pessoa para pessoa (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006).

Vários são os autores que se têm vindo a debruçar sobre a temática da depressão, dada a gravidade e impacto que esta tem a nível de saúde pública, existindo, como tal, uma grande diversidade de perspetivas relativamente à origem e às causas da depressão.

Assim, na perspetiva de Campos (2010), a depressão é uma doença psicológica, que afeta o funcionamento psíquico, independentemente de se considerar um peso maior ou menor de causas biológicas e de outros fatores.

Para Wilkinson e colaboradores (2002), a depressão:

é o resultado de uma estrutura social que priva o indivíduo com certos papéis na vida do controlo do seu destino. Esta conceção atende a processos como a urbanização, a

influência da classe social, o grupo racial, o ambiente étnico e forças políticas e económicas na causalidade da depressão, e fornece uma explicação para o aumento das taxas de perturbações mentais em certas populações como o das mulheres da classe trabalhadora (p. 54).

Por sua vez, Abreu (2001), considera que a depressão pode ser uma reação a um acontecimento, um sintoma ou um indício de doença, tendo manifestações cognitivas e comportamentais, onde o sujeito deprimido tende a tornar-se unicamente sensível aos fatores negativos da sua vida, reforçando assim desta forma o seu estado depressivo.

Na perspetiva da teoria cognitiva da depressão de Aaron Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1978), a depressão explica-se a partir de três conceitos base: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. Assim, a tríade cognitiva pressupõe padrões cognitivos que condicionam o estado depressivo, nomeadamente a forma como o sujeito se percebe, como percebe as suas vivências e como percebe o futuro. Por sua vez, os esquemas cognitivos dizem respeito aos “padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base para a regularidade das interpretações de um conjunto particular de situações” (p. 203), ou seja, quando o sujeito deprimido estabelece esquemas erróneos, acaba por distorcer a visão da realidade. Por fim, os erros cognitivos dizem respeito com a sobregeneralização, maximização, minimização e personalização de acontecimentos que, mais uma vez, irão condicionar a visão da realidade.

Uma visão diferente é a de Brás (2016), que considera a depressão como um estado introspetivo, apenas distinto dos estados introspetivos normais, pela sua intensidade e duração. Brás defende que existem três estados mentais nos seres humanos: o estado de motivação, o estado de negação e o estado de introspeção.

O estado de introspeção surge quando há necessidade de compreender a experiência vivida e emocionalmente forte, quer esta seja positiva ou negativa. As experiências que perturbam os valores e objetivos dos indivíduos criam angústias e ansiedades, com bloqueios anímicos, que paralisam e limitam a felicidade. A compreensão e a reflexão das experiências negativas, ajudam o ser humano a evitar as experiências futuras que possam trazer dor, ou seja, que agridam e/ou perturbem o seu bem-estar (Brás, 2010).

Assim, sempre que o indivíduo vive experiências perturbadoras, entra em estados introspetivos, na tentativa de compreender as origens do seu mal-estar, da sua dor e dos seus conflitos internos. Para tal, o indivíduo entra em processos mentais de pensamentos, que visam ao entendimento do passado, tentando dar um novo significado à experiência e/ou encontrando uma forma de resolver o conflito externo que provocou o conflito interno (Brás, 2010).

Este processo normal de introspeção pode ser considerado perturbador e patológico quando a pessoa não consegue sair dele. Não é possível sair do processo introspetivo enquanto o conflito interno de crenças e valores não for resolvido, quer pela alteração das circunstâncias externas que o provocou, quer pela mudança interna da representação mental da experiência – a este processo chama-se ressignificação da experiência (Brás, 2010).

2.2. Causas da Depressão

As causas da perturbação depressiva têm vindo a ser investigadas por diversos autores. Segundo Baldwin e Birtwistle (2002), os fatores psicossociais na depressão são vários e podem passar por experiências de infância adversas, dificuldades crónicas sérias, eventos de vida indesejáveis, rede social limitada e baixa autoestima.

Na perspetiva psicanalítica de Sigmund Freud (1953), a depressão é causada devido à falha dos mecanismos de defesa do ser humano em lidar de forma eficaz com a ansiedade inconsciente.

Correntemente, o modelo bioquímico da depressão é um dos mais defendidos na comunidade científica considerando que a depressão se deve à diminuição de sódio no sistema nervoso central (Bahls, 2002). Segundo a teoria neuroquímica, a depressão está fortemente correlacionada com as alterações do metabolismo da noradrenalina, dopamina e serotonina (Azevedo *et al.*, 1994) e manifesta ter uma relação com as variáveis genéticas, ambientais e com a ação de ambas.

Assim, a corrente psiquiátrica considera a depressão uma perturbação de humor caracterizada por sintomas como apatia, tristeza, irritabilidade, múltiplas queixas somáticas, ideias agressivas e perda de interesse, causados também por desequilíbrios bioquímicos (Maia, 2001).

Contrariamente ao que a maioria das correntes defende, na visão da teoria *Human Behaviour Map* (HBM), o desequilíbrio químico verificado no cérebro humano, que ocorre aquando do estado depressivo, é uma consequência desse mesmo estado e não a sua causa (Brás, 2016).

Na visão da teoria HBM, as pessoas que sofrem de Depressão, ou outra forma de perturbação emocional, são pessoas que vivem estados introspetivos extremamente fortes, dos

quais não conseguem sair facilmente. A causa desta condição tem a ver com a força emocional das experiências que os indivíduos viveram no seu passado. Experiências como, por exemplo, traumas, violência infantil, *bullying*, divórcios, maus tratos diversos, podem ser vividas com uma intensidade tal que se torna difícil ultrapassar a dor que elas trazem, por dificuldade de resignificação ou de alteração das circunstâncias agressoras, dando origem ao estado depressivo (Brás, 2010).

2.3. Sintomas da Depressão

Por forma a diagnosticar a depressão, são utilizados critérios clínicos e sistemas de classificação do estado depressivo, não existindo exames laboratoriais ou imagiológicos que corroborem a teoria bioquímica. Na elaboração do diagnóstico, o especialista deve estar atento a uma série de fatores (observáveis) e sintomas (descritos pelo paciente), que esclarecem o curso da perturbação e as implicações para o tratamento, uma vez que o estado depressivo não se manifesta da mesma forma para todas as pessoas. Segundo o DSM-IV (2002), em alguns casos a tristeza pode ser inicialmente negada. Alguns sujeitos queixam-se de se sentirem vazios, sem emoções ou ansiosos; outros queixam-se de sintomas somáticos, assim como do aumento da irritabilidade e perda de interesse.

Se, em alguns casos, são mais evidentes os sintomas emocionais (tristeza, desânimo, falta de interesse), noutros sujeitos a depressão manifesta-se sobretudo de forma física (com dor, alterações no sono, falta de energia, fadiga), sendo comumente aceite que, de entre os diversos sintomas que os sujeitos podem apresentar, os mais comuns nos estados depressivos são (DSM-IV, 2002):

- Angústia e tristeza
- Fadiga, cansaço e perda de energia
- Sentimentos de inutilidade, falta de confiança e de autoestima
- Sentimentos de culpa e sentimento de incapacidade
- Falta ou excesso de apetite
- Perturbação do sono
- Falta ou alterações na concentração
- Preocupações recorrentes
- Desinteresse, apatia e tristeza

- Diminuição do desejo sexual
- Irritabilidade
- Manifestação de Sintomas Físicos, como Dores Musculares, Dores Abdominais, entre outros.

Contudo, é fundamental perceber que o diagnóstico do estado depressivo é uma tarefa de anamnese, devendo o profissional estar ciente dos sintomas e perguntá-los ao paciente. Para tal, existem critérios bem delineados para se realizar o diagnóstico formal de depressão, incluindo a sua gravidade (Del Porto, 1999).

São utilizados, mundialmente, diferentes sistemas de classificação de perturbações mentais para obter um diagnóstico. Na Europa, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHA, 1992), bem como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994), são as comumente usadas para o diagnóstico da depressão.

Na Clínica da Mente, o modelo HBM apresenta um sistema de classificação e diagnóstico do estado depressivo distinto de todos os outros, não se concentrando em conjuntos de sintomas, mas sim no relato que o paciente faz acerca do seu estado emocional, no momento da avaliação (Brás, 2010).

2.3.1. CID-10

De acordo com a CID-10 (WHA, 1992), o quadro que se entende por Depressão está classificado no âmbito dos Transtornos Afetivos. Segundo este sistema de classificação, Transtornos Afetivos são aqueles nos quais a perturbação principal se apresenta como uma alteração do humor ou afeto, como uma Depressão (com ou sem ansiedade associada) ou Euforia. Esta alteração do humor geralmente é acompanhada de alteração ao nível global de atividade, tendendo, a maioria dos episódios destes transtornos, a ser recorrentes e podendo estar relacionada com situações ou fatores stressantes.

Se a pessoa teve apenas um momento de depressão, é diagnosticada como tendo um Episódio Depressivo. Esse episódio depressivo típico é classificado em Leve, Moderado ou Grave, quanto à intensidade. Se não se trata de uma ocorrência única na vida da pessoa, mas, ao contrário, se ele se repete, a CID-10 (WHA, 1992) classifica esse tipo de depressão como Transtorno Depressivo Recorrente.

Assim, a classificação apresentada pela CID-10 (WHA, 1992) para os transtornos do humor é a seguinte:

- F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania)
- F31 - Transtorno afetivo bipolar
- F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único)
- F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo)
- F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia e F34.1 – Distímia

De entre os diversos transtornos do humor, importa analisar o episódio depressivo quanto à intensidade, classificado como leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves encontram-se subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos (WHA, 1992).

2.3.2. DSM

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a secção referente aos transtornos de humor inclui aqueles quadros que têm como característica preponderante uma perturbação marcante no humor. A secção encontra-se dividida em três partes. A primeira descreve episódios de humor referentes à depressão como: episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco. Estes episódios não têm os seus próprios códigos diagnósticos, nem podem ser diagnosticados como entidades distintas, mas auxiliam o diagnóstico dos transtornos. A segunda parte descreve os transtornos de humor relativos ao transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno bipolar I. O conjunto de critérios para a maioria dos transtornos de humor exige presença ou ausência dos episódios de humor mencionados acima. A terceira parte abarca os especificadores que descrevem o episódio de humor mais recente ou o curso de episódios recorrentes.

No DSM-IV (APA, 1994) a Depressão é incluída dentro dos Transtornos do Humor e baseia a sua classificação nos episódios depressivos (transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno depressivo SOE) que se diferenciam dos transtornos bipolares pelo facto de nunca ter existido um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco.

O transtorno depressivo maior apresenta-se como a condição clássica desse conjunto de transtornos. Este transtorno caracteriza-se por episódios diferenciados de, pelo menos, duas semanas de duração (embora a maior parte dos episódios persista por um período consideravelmente mais longo) envolvendo modificações nítidas no afeto, na cognição e funções neurovegetativas, e remissões inter-episódicas. O diagnóstico fundamentado num único episódio é viável, apesar de o transtorno ser recorrente na maior parte dos casos. É dada atenção especial à distinção da tristeza e do luto normais, em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode causar grande sofrimento, mas geralmente não provoca um episódio de transtorno depressivo maior. Quando acontecem simultaneamente, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional são, na generalidade, mais graves e o prognóstico é pior quando em comparação com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada com o luto geralmente acontece em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser auxiliada pelo tratamento com antidepressivos (DSM-IV, 2002).

Críticas ao DSM

Contudo, o conceito de "transtorno depressivo maior", tal como enunciado no DSM-IV, tem sido amplamente criticado, uma vez que é excessivamente abrangente, e por isso mesmo, pouco preciso. Abarca, provavelmente, uma gama muito heterogénea de condições, que vão desde as fronteiras da normalidade (reações de luto ou tristeza normal) até aquelas formas mais graves de depressão, para as quais provavelmente concorrem fatores mais biológicos (adquiridos e/ou geneticamente determinados) (Sauvagnat, 2012).

Para o diagnóstico de "Transtorno Depressivo Maior", de acordo com o DSM-IV, basta que a pessoa apresente "humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, durante um período de duas semanas", mais quatro sintomas de uma lista de nove (ou mais três sintomas, se os dois primeiros estiverem presentes). Assim, por exemplo, se um casal discutir e um dos elementos desse casal apresentar tristeza e perda de energia durante 15 dias, além de mais três sintomas, como insónia, perda de energia e capacidade diminuída de se concentrar, terá preenchido critérios para "Transtorno Depressivo Maior" (Sauvagnat, 2012).

Um conceito tão amplo certamente não contribui para que se testem hipóteses sobre a etiologia das depressões, resposta a tratamentos biológicos, etc. Não serve tampouco para auxiliar na decisão de se medicar, ou não, a pessoa que preencha tais critérios (Del Porto, 1999).

2.3.3. HBM

O modelo psicoterapêutico HBM (Brás, 2010) tem como intuito ajudar o ser humano a sentir-se feliz, encarando e compreendendo a felicidade como um estado emocional de bem-estar e equilíbrio.

A depressão é um estado introspectivo no qual a pessoa se encontra em desequilíbrio emocional, sentindo-se mal. Apresenta sintomas perturbadores, sendo os principais apatia, angústia e desinteresse por atividades quotidianas. Neste estado depressivo, o indivíduo manifesta, também, pensamentos ruminativos sobre o seu próprio estado e sobre as experiências que causaram tal estado (Brás, 2010, 2014).

Desta forma, o modelo psicoterapêutico HBM (Brás, 2010), não segmenta nem enumera um conjunto de sintomas, mas tenta, sim, compreender as queixas psicológicas e psicossomáticas do paciente e que o perturbam, e o fazem sentir-se mal, no momento da sessão de diagnóstico.

As queixas do paciente são avaliadas, pelo psicoterapeuta, segundo o seu estado, e podem ser oriundas de um estado introspectivo, mas também dos outros estados, como o estado de negação, ou mesmo do estado de motivação, como, por exemplo, as compulsões (Brás, 2010).

Na consulta de avaliação HBM exploram-se e aprofundam-se as queixas, bem como as causas do estado perturbador. O Modelo HBM explica que todos os estados são provocados por representações mentais das experiências anteriormente vividas (memórias do passado) e, neste sentido, o psicoterapeuta terá que encontrar e entender quais as representações mentais que estão a criar conflito no paciente, compreendendo as implicações dessas representações no seu bem-estar (Brás, 2010).

3. PRINCIPAIS MODELOS DE INTERVENÇÃO NA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA

3.1. Modelo bioquímico da depressão

O modelo bioquímico da depressão é um dos modelos que encontra um maior número de defensores na comunidade científica, nacional e internacional e encontra-se ligado à psiquiatria biológica, uma vez que esta defende que a depressão surge devido à diminuição do sódio no sistema nervoso central. Este modelo enfatiza a importância dos fatores endócrinos e neuroquímicos no surgimento de sintomas depressivos, considerando que a depressão está intimamente relacionada com alterações no organismo dos níveis de dopamina, serotonina e noradrenalina (Sylvälähti, 1994).

Por sua vez, este facto deu origem ao modelo das aminas biogénicas (Azevedo, Ferreira & Clemente, 1994), que parece revelar que o défice destas monoaminas cerebrais constituiria o fator causal de desenvolvimento da depressão.

Assim, a presunção de que a depressão seria causada apenas por alterações bioquímicas, nomeadamente níveis deficitários de serotonina ou noradrenalina, tornou-se, na sociedade atual, particularmente útil para o desenvolvimento da psicofarmacologia, com o intuito de criar e prescrever fármacos que seriam responsáveis pela reposição desses níveis hormonais no organismo, o que não se revelou particularmente eficaz (Sylvälähti, 1994).

Existem, aliás, diversas vozes dissonantes deste modelo, nomeadamente Allen Frances (2014), que, durante anos dirigiu o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM), que atualmente considera que o DSM, enquanto principal referência académica da psiquiatria, contribuiu para a galopante medicalização dos seres humanos, considerando ainda que os fármacos "...não ajudam nos problemas quotidianos, pelo contrário: o excesso de medicação causa mais danos que benefícios". (Allen Frances, 2014, p.2).

Também Irving Kirsch (2012) afirma que, desde a descoberta do Prozac em 1980, as prescrições de antidepressivos aumentaram cerca de 400% nos Estados Unidos. Irving Kirsch é responsável pelo programa de estudos do efeito placebo em Harvard e, ao longo de mais de 36 anos, tem levado a cabo estudos que comprovam que a diferença entre o efeito de um placebo

e o efeito de um antidepressivo é mínima para a maioria das pessoas, sendo que é a própria expectativa criada com a toma do medicamento que produz um alívio nos sintomas.

Diversos autores, em estudos posteriores, reconheceram que o déficit de noradrenalina e dopamina estaria mais associado a comportamentos impulsivos e agressivos do que a qualquer outra alteração comportamental. Estes resultados demonstram que a perspectiva bioquímica da depressão possui ainda grandes lacunas, uma vez que os estudos divergem quanto às verdadeiras alterações bioquímicas da depressão, associada por uns a uma concentração deficitária de neurotransmissores e hormonas, enquanto outros sugerem que a causa da depressão é multifactorial (Guz, 1990).

3.2. Modelo integrativo da depressão de Aaron Beck

Beck, considerado o pai da teoria cognitiva que deu origem à terapia cognitivo-comportamental, desenvolveu recentemente um novo modelo da depressão onde integra a perspectiva clínica, cognitiva, biológica e evolucionária (Beck, 2016), e que assenta na premissa de que a depressão é uma resposta paradoxal à natureza humana, uma vez que, segundo a visão evolucionária, o Ser Humano vive sob a premissa de busca do prazer (através de atividades prazerosas) e fuga à dor (evitando situações ou pessoas que lhe causam incómodo e dor) (Beck, 2016).

Assim, no novo modelo integrativo de Beck (2016), a depressão é vista como uma adaptação à percepção de perda de um recurso vital que excede as competências e capacidades individuais para mitigar o impacto dessa perda, levando a uma tendência de processar informações, acontecimentos ou emoções de uma forma negativa, experimentando, por conseguinte, reações biológicas fortes ao estímulo agressor.

Por sua vez, estas tendências são mediadas por alterações no cérebro, assim como por redes envolvidas na cognição e na regulação emocional do ser humano.

Na perspectiva de Beck, crenças e pensamentos negativos predisõem os indivíduos a fazer avaliações cognitivas que amplificam a percepção de perda, o que, por sua vez, desencadeiam reações biológicas e neuroquímicas.

O método de intervenção, segundo Beck (2016), inicia-se com o procedimento terapêutico designado de empirismo colaborativo (estabelecimento de relação empática e

colaborativa entre terapeuta e paciente). De seguida, é aplicado o questionamento socrático, definido por um questionamento consciente com o intuito do paciente ter um insight sobre o pensamento distorcido, designado, por sua vez, de descoberta guiada. No restante tratamento, o terapeuta utiliza técnicas de abordagem colaborativa e psicoeducativa de forma a monitorizar pensamentos automáticos, reconhecer a correlação entre cognição, emoção e comportamento, testar ou refutar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares, substituir pensamentos distorcidos por cognições factuais, e identificar e alterar crenças ou esquemas mentais inerentes a padrões disfuncionais de pensamento.

3.3. Modelo Psicoterapêutico HBM

De acordo com Brás (2010), o modelo psicoterapêutico HBM baseia-se no mapa do comportamento humano, que descreve os processos mentais conscientes e inconscientes, permitindo explicar o modo de pensamento e comportamento do ser humano. Assim, este modelo psicoterapêutico permite a resolução de conflitos emocionais, internos e externos, do indivíduo.

Através de uma visão científica do comportamento humano, o psicoterapeuta é capaz de compreender a associação existente entre as experiências que o sujeito viveu no passado e o pensamento e/ou comportamento que, no presente, o perturba. Deste modo, o trabalho psicoterapêutico surge no sentido de modificar o estado emocional negativo em que a pessoa se encontra, ajudando-a a atingir o equilíbrio psicológico e emocional por ela desejado (Brás, 2010).

Sendo os estados de desequilíbrio emocional provocados por representações mentais perturbadoras, o percurso psicoterapêutico necessário consiste na alteração dessas representações mentais. Esta alteração faz-se através da resignificação de memórias, ou seja, atribuindo-lhes um significado que seja aceite pelo indivíduo e que não o perturbe (Brás, 2010, 2016).

Existem duas técnicas psicoterapêuticas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM: Athenese® e Morfese®. A função destas é trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010).

Assim, a Athenese[®], formada por um conjunto de exercícios psicoterapêuticos, consiste em utilizar o pensamento consciente como meio de ressignificação, ajudando o indivíduo a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão da realidade (Brás, 2010).

A Morfese[®] é uma técnica de libertação emocional através da indução de um sonho orientado pelo psicoterapeuta, durante a qual o sujeito atinge um estado intermédio entre o sono e a vigília. Como tal, recorre ao pensamento inconsciente permitindo a dissociação das experiências que perturbaram o indivíduo no passado e, conseqüentemente, permite-lhe associar-se a emoções positivas (Brás, 2010).

Ambas as técnicas combinadas provocam uma efetiva alteração de estado, com a mudança clara das representações mentais que anteriormente perturbavam o indivíduo (Brás, 2016).

4. EPIDEMIOLOGIA

Nos países industrializados, a depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade, tendo sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como a “doença do século”. Essa evidência é corroborada por diversos estudos (Bento, Carreira & Heitor, 2001; *National Institute of Mental Health*, 2002; Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003; WHO, 2003; PNS, 2004; Gusmão *et al.*, 2005; Schotte *et al.*, 2006; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; Rodrigues *et al.*, 2014; DGS, 2014) que constata uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas.

Um estudo levado a cabo pelo *National Institute of Mental Health* (2002), no período de 12 meses, revelou que cerca de 18,8 milhões de americanos sofrem de depressão (9,5% da população). No ano seguinte, o *National Comorbidity Survey* (Nierenberg, *et al.*, 2003), constatou que a depressão atingia, nesse ano, 10,3% da população americana, com uma prevalência ao longo da vida de 17,1%. Verificou, ainda que, ao longo da vida, cerca de um em cinco mulheres e um em dez homens experienciam pelo menos um episódio clinicamente significativo de depressão (Schotte *et al.*, 2006).

Ao nível europeu, desenvolveu-se um estudo epidemiológico designado *Depression Research in European Society* (DEPRES) (Schotte *et al.*, 2006), em seis países diferentes, com mais de 78.000 adultos entrevistados. Os resultados revelaram uma prevalência de 17% de episódios depressivos, em seis meses.

Na atualidade, verifica-se que a incidência da depressão tem sido constantemente ascendente, estimando-se que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento da população, exacerbando os problemas e desequilíbrios sociais (WHO, 2003; Schotte *et al.*, 2006). Vários outros estudos alvitraram também um aumento crescente da depressão nos grupos etários mais jovens, entre os 7 e os 17 anos, apresentando uma prevalência entre 0,5% a 2,5%, sendo, no entanto, mais frequente nos adolescentes do que nas crianças mais novas, com uma prevalência média de 3% a 4% neste período (Baldwin & Birtwistle, 2002). O aumento progressivo da incidência da depressão, ratificada pelos diversos estudos que têm vindo a ser elaborados um pouco por todo o mundo, faz estimar que cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais cerca de 100 milhões na Europa, sofram desta problemática, tornando, desta forma, a depressão como a responsável por 6,2% da morbilidade (OMS, 2002).

No que se refere ao panorama nacional de Portugal, recentemente foi divulgado o relatório "Portugal - Saúde Mental em Números 2014" que se baseia no 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental divulgado em 2013 (Caldas de Almeida e Xavier, 2013), onde se pode constatar que um em cada cinco portugueses sofre de perturbações psiquiátricas. Verifica-se ainda que Portugal possui dos valores mais elevados de prevalência de perturbações psiquiátricas, quando comparado com outros países europeus (22,9%), tendo resultados apenas inferiores aos da Irlanda do Norte (23,1%) e dos EUA (26,4%).

| Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (%) | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|-------|
| | Perturbações da ansiedade | Perturbações depressivas | Perturbações da impulsividade | Perturbações do álcool | Todas |
| Portugal | 16,5 | 7,9 | 3,5 | 1,6 | 22,9 |
| Bélgica | 6,9 | 6,2 | 1,0 | 1,2 | 12,0 |
| França | 12,0 | 8,5 | 1,4 | 0,7 | 18,4 |
| Alemanha | 6,2 | 3,6 | 0,3 | 1,1 | 9,1 |
| Itália | 5,8 | 3,8 | 0,3 | 0,1 | 8,2 |
| Holanda | 8,8 | 6,9 | 1,3 | 3,0 | 14,9 |
| Irlanda do Norte | 14,6 | 9,6 | 3,4 | 3,5 | 23,1 |
| Espanha | 5,9 | 4,9 | 0,5 | 0,3 | 9,2 |
| Ucrânia | 7,1 | 9,1 | 3,2 | 6,4 | 20,5 |
| EUA | 18,2 | 9,6 | 6,8 | 3,8 | 26,4 |

Tabela 1: Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013) (DGS, 2014)

Dados deste mesmo estudo (Caldas de Almeida e Xavier, 2013) permitem ainda concluir que as mulheres têm mais risco de sofrerem de perturbações depressivas do que os homens, assim como os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menos probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, de ansiedade e por utilização de substâncias. O grupo de pessoas anteriormente casadas (separadas/ divorciadas/ viúvas), têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações depressivas ou por utilização de substâncias.

Um outro estudo desenvolvido em 2014, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Rodrigues *et al.*, 2014), pretendeu analisar comparativamente as taxas de incidência anuais de depressão estimadas em 2004 e em 2012. Verificou-se que, no género feminino, a taxa de incidência de depressão em 2004 foi de 881,7 por 100 mil habitantes, e no género masculino foi de 289,6 por 100 mil habitantes. Por sua vez, em 2012, a taxa de incidência de depressão no género feminino foi de 991,9 por 100 mil habitantes e no género masculino foi 347,2 por 100 mil habitantes. Assim, os resultados obtidos sugerem que entre 2004 e 2012

houve um aumento significativo da taxa de incidência de episódios de depressão nas mulheres após os 45 anos e, um aumento mais assinalado nos homens no grupo etário do 55 aos 64 anos.

O Estudo Nacional “Saúde Mental em números – 2014” (DGS, 2014) sugere ainda que, das 10 doenças que mais contribuem para a incapacidade de trabalho, cinco são do foro psiquiátrico, com destaque para a depressão, sendo esta uma das principais causas de incapacidade também a nível mundial, com clara diminuição da qualidade de vida, diminuição da produtividade laboral e aumento do absentismo (Gusmão *et al.*, 2005).

Relativamente ao consumo de psicofármacos, verifica-se que, em Portugal, este é mais elevado do que a média da União Europeia, nomeadamente no que se refere ao consumo de antidepressivos (55% em Portugal e 51% na UE). Dentro da população portuguesa, encontram-se também evidências de um padrão elevado de consumo tanto em homens como mulheres, quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens) quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) (DGS, 2014).

Numa análise estatística dos dados de mortalidade associada à depressão (Ensinck, Schuurman, Van DenAm, Kester, Knottnerus *et al.*, 2002; Gusmão *et al.*, 2005), verifica-se que o risco de suicídio entre os doentes deprimidos é superior ao da população geral (Simon & Von Korff, 1998; Ensinck *et al.*, 2002), onde cerca de 4% do total de doentes deprimidos morre por suicídio. Diversos estudos que associam depressão e morte precoce indicam que o risco de morte por causas não naturais é maior em sujeitos afetados por perturbações depressivas (Wulsin, Vaillant & Wells., 1999).

Em suma, Gusmão e colaboradores (2005) e Rodrigues e colaboradores (2014) são perentórios ao afirmar que o peso da depressão tem aumentado progressivamente ao longo dos anos em Portugal, uma vez que a cada ano surge um novo caso por cada cem residentes e que, em algum momento da sua vida, uma em cada cinco pessoas irá sofrer de depressão.

5. METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

5.1. Desenho global da investigação

Os desenhos experimentais com grupo de controlo são usados para testar a eficácia da intervenção (Gall, Borg & Gall, 1996; Tuckman, 2000), mas tem sido reconhecido que isso não permite fazer uma completa e profunda exploração de todos os processos metodológicos (Starkey, 2005), ou em qualquer outro projeto de promoção da saúde em que os fatores sociais e ambientais variem consideravelmente (Audrey *et al.*, 2006). Assim, este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, pois, ao ser desenhado para responder ao problema de investigação: “Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?” visou avaliar o impacto da intervenção HBM na depressão.

5.1.1. Instrumentos

Para a realização deste estudo, foi utilizado como instrumento de investigação um questionário constituído por uma primeira parte relacionada com os dados sociodemográficos do indivíduo (Anexo A) e uma segunda parte referente ao Inventário de Depressão de Beck – BDI (Anexo B). O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory" (BDI); Beck *et al.*, 1961) é a medida de autoavaliação de depressão mais consensual e amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Beck & Steer, 1984; Dunn *et al.*, 1993; Beck, Steer & Brown, 1996;), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

Os dados sociodemográficos constam de informação relativa a idade, género, estado civil, distrito de origem, situação face a emprego, entre outras.

O Inventário de Depressão de Beck – BDI, construído por Aaron Beck em 1961, constitui um instrumento de autoavaliação, composto por uma escala do tipo *Likert* com vinte e um itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se organizado numa escala de 0 pontos (ausência de sintomatologia; e.g., Não me sinto triste) a 3 (sintomatologia severa; e.g., Estou tão triste que não consigo suportar), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63). O seu principal objetivo é mensurar a presença de sintomatologia depressiva. Para além desta pontuação global, a cotação do instrumento permite

ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada a partir dos pontos de corte.

Assim, são vastos os estudos que apresentam pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (Beck & Ward, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973; Gotlib, 1984; Oliver & Simmons, 1984; 1989; Cláudio, 2009). De acordo com Beck e colaboradores (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de sujeitos com perturbações emocionais o *Center for Cognitive Therapy* (Beck *et al.*, 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: 1) 0-9: não deprimido; 2) 10-18: estados depressivos leves; 4) 19-29: depressão moderada; e 5) > 30: depressão grave.

Nos estudos originais, o BDI apresentou uma boa consistência interna (alfa = .81), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .60 a .90) e boa validade de critério baseada na diferenciação entre populações clínicas e não clínicas. Em Portugal, a versão original deste questionário foi traduzida e adaptada por diversos autores, apresentando boas características psicométricas.

No presente estudo, a consistência interna foi de .89 (Alfa de *Cronbach*).

5.1.2. Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo

Os participantes no presente estudo encontram-se caracterizados na tabela 2.

| Variável | (n=85) | |
|----------------|--------|------|
| | f | % |
| Género | | |
| Homem | 30 | 35.3 |
| Mulher | 55 | 64.7 |
| Idade | | |
| ≤20 | 5 | 5.9 |
| Entre 21 e 30 | 11 | 12.9 |
| Entre 31 e 40 | 25 | 29.4 |
| Entre 41 e 50 | 28 | 32.9 |
| Entre 51 e 60 | 8 | 9.4 |
| >60 | 8 | 9.4 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro(a) | 32 | 37.6 |
| Casado(a) | 34 | 40 |
| União de facto | 5 | 5.9 |
| Viúvo(a) | 4 | 4.7 |
| Separado(a) | 2 | 2.3 |
| Divorciado(a) | 8 | 9.4 |

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variável | (n=85) | |
|-----------------------------|--------|------|
| | f | % |
| Nº de Filhos | | |
| nenhum | 37 | 43.5 |
| um | 22 | 25.9 |
| dois | 24 | 28.2 |
| três ou mais | 2 | 2.4 |
| Escolaridade | | |
| 1º ciclo | 2 | 2.4 |
| 2º ciclo | 9 | 10.6 |
| 3º ciclo | 9 | 10.6 |
| Ensino secundário | 24 | 28.2 |
| Licenciatura/Mestrado | 37 | 43.5 |
| Doutoramento | 4 | 4.7 |
| Situação face ao emprego | | |
| Empregado(a) | 43 | 50.6 |
| Estudante | 9 | 10.6 |
| Desempregado(a) | 17 | 20.0 |
| Reformado(a) | 11 | 12.9 |
| Baixa médica | 4 | 4.7 |
| Não responde | 1 | 1.2 |
| Nº de sessões de tratamento | | |
| < 5 sessões | 2 | 2.4 |
| Entre 5 e 10 sessões | 71 | 83,4 |
| > 10 sessões | 12 | 14,2 |

Tabela 2 (cont): caracterização sociodemográfica da amostra

Para o desenvolvimento desta investigação, e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, a população-alvo foi constituída por 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país. Estes indivíduos dirigiram-se à Clínica da Mente e fizeram parte do estudo de forma voluntária.

Verifica-se, assim, que 64,7% da amostra é do género feminino.

Relativamente à idade, constata-se que a amostra tem, em média, 41,4 anos e a sua idade varia entre 18 e 69 anos, sendo que cerca de 62,3% da amostra tem uma idade compreendida entre os 31 e os 50 anos de idade.

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 40% dos pacientes são casados e 37,6% são solteiros. Em relação ao número de filhos, 43,5% da amostra não possui filhos, 25,9% tem um filho, 28,2% tem dois filhos e apenas dois pacientes têm três ou mais filhos.

Em relação ao nível de escolaridade, constata-se que 43,5% da amostra possui licenciatura e/ou mestrado e 28,2% possui o ensino secundário.

No que concerne à situação face ao emprego, verifica-se que 50,6% da amostra se encontra empregada, 20% desempregada e 12,9% reformada.

No presente estudo, os pós-testes foram passados a 83,4% da amostra entre a 5ª e a 10ª sessão de intervenção psicoterapêutica, aquando do alcance dos objetivos terapêuticos delineados na consulta de avaliação e diagnóstico.

5.1.3. Procedimentos

Todos os procedimentos referentes ao presente estudo foram cumpridos de acordo com uma rigorosa conduta ética, respeitando todos os princípios do código ético e deontológico do Psicólogo.

Assim, num primeiro momento, foi realizada uma sessão de avaliação e diagnóstico pelos psicoterapeutas da Clínica da Mente, da qual resultou uma análise do caso clínico, identificando as causas das perturbações psicológicas e emocionais de cada paciente, e delineando, assim, um plano terapêutico apropriado para cada um. Este plano de tratamento foi discutido conjuntamente com o paciente, tendo este a oportunidade de tomar uma decisão informada relativamente ao mesmo. O número de sessões a realizar depende sempre da avaliação do psicoterapeuta aquando da sessão de diagnóstico. Contudo, é recomendável que o paciente atenda a, pelo menos, 4 sessões terapêuticas intensivas para atingir um equilíbrio emocional (Brás, 2010).

No início da primeira sessão de tratamento, e antes de qualquer intervenção terapêutica, os pacientes foram questionados quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia. Foi também assegurado aos participantes voluntários do estudo o seu anonimato e a confidencialidade dos dados, e todos assinaram um documento onde constavam as informações descritas (Anexo C – Documento Informativo). Em seguida, foi administrado o questionário a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos e o Inventário de Beck (pré-teste), tal como supracitado.

As sessões intensivas do modelo terapêutico HBM, com duração de até 2 horas, foram realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos inicialmente definidos terem sido alcançados. Torna-se importante referir que a duração do tratamento intensivo é variável, dependendo das necessidades e objetivos terapêuticos individuais.

Na última sessão de tratamento da fase intensiva, foi novamente administrado a todos os pacientes o questionário (pós-teste).

É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo, sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2010).

5.2. Metodologia estatística dos dados

Os dados obtidos foram analisados no software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) e no XLSTAT. O seu tratamento envolveu dois momentos.

Inicialmente, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva (frequências, percentagens, medianas, médias e desvios-padrão) e análises de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Num segundo momento, foram analisadas as características psicométricas do BDI: estudou-se a consistência interna do inventário, através do cálculo do coeficiente de precisão de resultados (Alfa de *Cronbach*) e dos índices de correlação de cada item com o total do inventário. Posteriormente, analisou-se a sua estrutura fatorial a partir do estudo dos componentes principais retidos, tendo em conta a rotação de *Varimax* e os critérios de *Kaiser* para a seleção dos fatores.

6. RESULTADOS

6.1. Análise da eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM

Assim, para dar resposta à hipótese em estudo: “Qual a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”, interessou analisar se os pacientes que constituíram a amostra do presente estudo diminuíram o índice depressivo (Tabela 3).

| Categorias | Teste | | | | | | | | T-Teste (amostras emparelhadas) |
|--------------------|-----------|-------------|-------------|--------|-----------|-----------|------------|-------|--------------------------------------|
| | Pré-teste | | | | Pós-teste | | | | |
| | f | % | Média | DP | f | % | Média | DP | |
| Não deprimido | 3 | 3.5 | 6.3 | 1.53 | 68 | 80 | 3.5 | 2.43 | |
| Depressão leve | 12 | 14.2 | 14.0 | 2.73 | 16 | 18.8 | 12.1 | 2.78 | |
| Depressão moderada | 32 | 37.6 | 24.3 | 3.36 | 1 | 1.2 | 20 | 0.0 | |
| Depressão grave | 38 | 44.7 | 37.9 | 7.38 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 85 | 100 | 28.3 | 11.124 | 85 | 100 | 5.3 | 4.491 | t (84) = 18.072, p < 0.001 |

Tabela 3: Valores de depressão (por categorias) no pré e pós-teste da amostra

Verificou-se, então, que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice depressivo da amostra era de 28,3, correspondendo ao limite máximo da categoria de “depressão moderada”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média do índice depressivo da amostra era de 5,3, correspondendo à categoria de “Não deprimido”.

Verifica-se, deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18,072, p < 0.001$) entre a média do grau de depressão para o pré e pós-teste, podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de depressão na totalidade dos pacientes (100%).

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de depressão, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível depressivo da amostra nos pré e pós-teste, categorizando as suas respostas na escala de depressão de Beck em “não deprimido” (cotação até 9 pontos na escala), “depressão leve” (cotação entre 10 e 18 pontos), “depressão moderada” (cotação entre 19 e 29) e “depressão grave” (cotação acima de 30 pontos na escala).

Assim, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 44,7% da amostra apresentava índices de “*depressão grave*” (média=37,9; D.P.=7,38) e 37,6% “*depressão moderada*” (média=24,3; D.P.=3,36).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 80% da amostra (n=68) apresentava-se “*não deprimida*” (média=3,5; D.P.=2,43) e 18,8% apresentava índices de “*depressão leve*” (média=12,1; D.P.=2,78) (Tabela 4).

| Estatística Descritiva (Pré-teste) | | Estatística Descritiva (Pós-teste) | |
|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|
| Estatística | Valor Pré-teste | Estatística | Valor Pós-teste |
| No. de observações | 85 | No. de observações | 85 |
| Mínimo | 5,000 | Mínimo | 0,000 |
| Máximo | 63,000 | Máximo | 20,000 |
| 1° Quartil | 21,000 | 1° Quartil | 2,000 |
| Mediana | 28,000 | Mediana | 4,000 |
| 3° Quartil | 36,000 | 3° Quartil | 8,000 |
| Média | 28,282 | Média | 5,318 |
| Desvio-padrão (n) | 11,059 | Desvio-padrão (n) | 4,465 |
| Assimetria (Pearson) | 0,327 | Assimetria (Pearson) | 1,140 |
| Curtose (Pearson) | 0,325 | Curtose (Pearson) | 1,038 |

Tabela 4: Estatística descritiva (pré e pós-teste)

Através do diagrama de dispersão (Gráfico 1) e do diagrama de caixa (Gráfico 2), podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBM e a remissão total da sintomatologia depressiva para 80% da amostra e a diminuição quase total do índice depressivo da restante amostra.

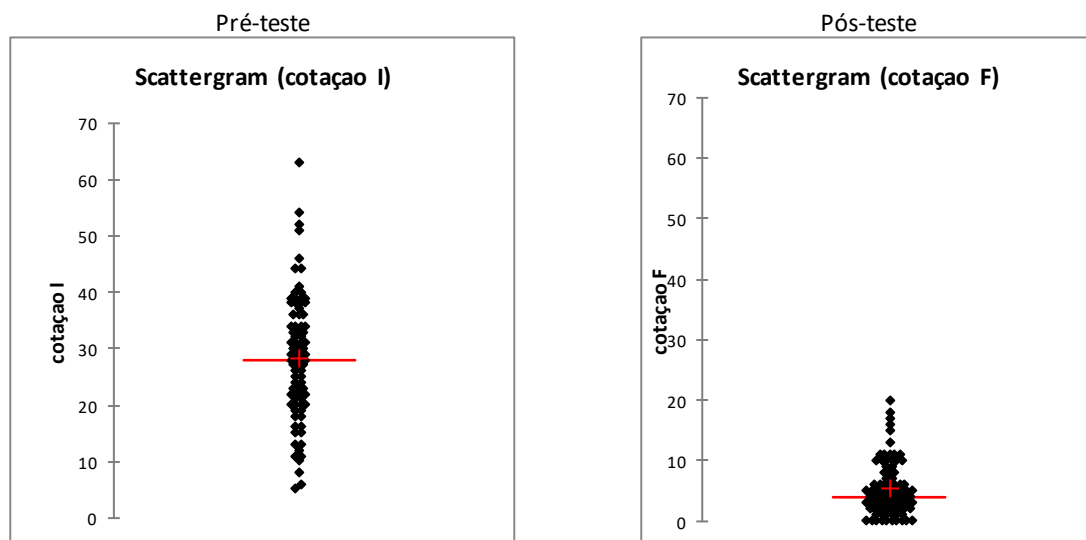


Gráfico 1: Diagrama de dispersão (pré e pós-teste)

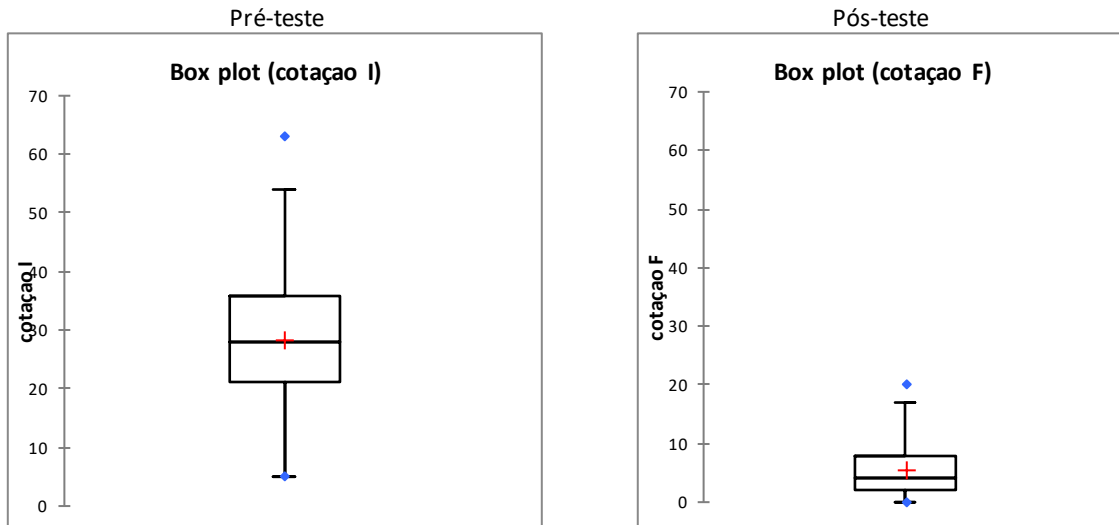


Gráfico 2: Diagrama de caixa representado pelo segmento Whisker (pré e pós-teste)

6.2. Análise inferencial sobre o nível de depressão em função das variáveis sociodemográficas

Gênero. De forma a verificar o impacto que a variável sociodemográfica teria nos níveis de variação do grau de depressão, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, procedeu-se a uma análise de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 (Tabela 5).

| | | Níveis de Variação do Grau de Depressão | | | | | Total | |
|--------|----------------|---|-------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | | |
| Gênero | Frequência | 24 | 11 | 13 | 7 | 0 | 55 | |
| | Feminino | Valor esperado | 18,8 | 15,5 | 11,0 | 7,8 | 1,9 | 55,0 |
| | | % | 43,6% | 20,0% | 23,6% | 12,7% | 0,0% | 100,0% |
| | Masculino | Frequência | 5 | 13 | 4 | 5 | 3 | 30 |
| | | Valor esperado | 10,2 | 8,5 | 6,0 | 4,2 | 1,1 | 30,0 |
| | | % | 16,7% | 43,3% | 13,3% | 16,7% | 10,0% | 100,0% |
| Total | Frequência | 29 | 24 | 17 | 12 | 3 | 85 | |
| | Valor esperado | 29,0 | 24,0 | 17,0 | 12,0 | 3,0 | 85,0 | |
| | % | 34,1% | 28,2% | 20,0% | 14,1% | 3,5% | 100,0% | |

Teste Qui-Quadrado

| | Valor | DP | Significância Assintótica (bilateral) | Monte Carlo Sig. (bilateral) | | |
|-------------------------|---------------------|----|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------|----------|
| | | | | Sig | 99% Intervalo Confiança | |
| | | | | | Inferior | Superior |
| Qui-quadrado de Pearson | 14,625 ^a | 4 | ,006 | ,004 ^b | ,002 | ,006 |
| RV | 15,755 | 4 | ,003 | ,005 ^b | ,003 | ,007 |
| Teste de Fisher | 13,869 | | | ,005^b | ,003 | ,007 |
| N | 85 | | | | | |

a. 3 células (30,0%) têm valor esperado menor do que 5. O valor esperado mínimo é 1,06.

b. Calculado com base em 10000 casos.

Tabela 5: Gênero vs. Variação do Grau de depressão após intervenção com modelo HBM

Atendendo ao número de casos esperados nos níveis de variação mais elevados (isto é, sujeitos que inicialmente se encontravam no nível de “depressão grave” e após intervenção encontravam-se no nível de “não depressão”), constatou-se que, em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um maior impacto do que nos homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”. Verifica-se então relevância da influência do gênero no efeito do tratamento, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

Os resultados indicam também que o modelo de intervenção HBM é altamente eficaz e eficiente no tratamento da depressão, tendo um grau de eficácia estatisticamente significativa ($M=13,869; X^2:0,005$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento.

7. CONCLUSÃO

Com este capítulo pretende-se apresentar as conclusões associadas à seguinte questão de investigação: “Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”. Entende-se por eficaz uma intervenção que promova resultados (Mufson, Dorta, Olfson, Weissman & Hoagwood, 2004).

O objetivo da presente investigação foi o de analisar o impacto do modelo de intervenção HBM em pacientes com sintomatologia depressiva, tendo sido avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 64,7% do género feminino (n=55) e 35,3% do género masculino (n=30), com idades compreendidas entre os 18 e os 69 (M=41,2; D.P.=12,991). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

No que concerne ao objetivo da investigação, os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem.

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18,072, p < 0.001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, teve um impacto significativo na diminuição do grau de depressão dos pacientes, verificando-se a total remissão de sintomatologia depressiva em 80% da amostra.

Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, percecionando-se com qualidade de vida e bem-estar.

Schestatsky e Fleck (1999) levaram a cabo um estudo com o intuito de testar a eficácia de um tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em sujeitos na fase aguda da depressão. Os resultados revelaram uma eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva de 55,3%, tendo sido necessárias vinte sessões de terapia cognitivo-comportamental para os sujeitos ultrapassarem o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, ou seja, para passarem do estado depressivo severo para o estado depressivo moderado.

Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau & Perlman (2005) realizaram um estudo com 29 pacientes diagnosticados com depressão, utilizando um método de intervenção diferenciado de psicoterapia denominado *Depression Treatment and Wellness Promotion Program*, constituído

por 24 sessões. Os resultados apontaram para uma diminuição de 50% dos sintomas de depressão.

Costa, António, Soares e Moreno (2006) relataram um ensaio clínico controlado de 62 sujeitos com sintomatologia depressiva, tratados com psicoterapia psicodramática combinada (recurso a fármacos) (GE) e com terapia farmacológica (GC). O GE foi sujeito a 4 sessões terapêuticas individuais e 24 sessões de terapia de grupo. O GC passou exclusivamente pela farmacoterapia. A análise dos resultados mostrou que 20% dos pacientes do GE teve completa remissão e 31,62% teve diminuição da sintomatologia depressiva. No GC nenhum paciente teve remissão, 14,33% teve diminuição da sintomatologia depressiva e 30% teve piora dos sintomas depressivos.

Na presente investigação constatou-se, também, que em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “*depressão grave*”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um maior impacto do que nos homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “*depressão grave*”.

Concluiu-se, ainda, que o modelo de intervenção HBM é altamente eficaz e eficiente no tratamento da depressão, tendo um grau de eficácia estatisticamente significativa ($M=13,869$; $X^2:0,005$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais grave.

8. IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

As conclusões decorrentes desta investigação revestem-se de particular importância para a construção de um novo paradigma de saúde mental, enfatizando a relevância da abordagem HBM no tratamento do flagelo da depressão.

A presente investigação contribuiu para uma base de conhecimento teórico e prático da saúde mental. Portanto, a abordagem HBM no tratamento dos estados depressivos deveria ser uma metodologia disseminada e amplamente utilizada pelos profissionais da área da psicologia e, como tal, deveria ser ensinada aos psicólogos durante a sua formação académica inicial e/ou na formação contínua, de forma a que estes possam diversificar e otimizar as estratégias interventivas utilizadas.

Os resultados e conclusões da presente investigação fizeram emergir novas questões de investigação que ficam como sugestão para futuras investigações, enunciadas de seguida.

Poderá, no futuro, ser pertinente delinear um estudo longitudinal e de follow-up que permita acompanhar os pacientes ao longo dos anos de forma a averiguar se os resultados obtidos no final do tratamento intensivo se mantêm consistentes e estáveis. Contudo, o facto de que a depressão é um estado normal que é potenciado pelas experiências e circunstâncias que o indivíduo vive ao longo do tempo torna muito variável a medição do efeito de uma intervenção psicoterapêutica no tempo futuro (Brás, 2016). O modelo HBM, que visa sobretudo a quebra de um estado crónico num determinado momento, cria uma estrutura mental resistente a agressões presentes, mas ainda assim não interferindo na personalidade das pessoas e da sua capacidade de percepção da realidade em que vivem (Brás, 2016).

Assim, a medição do efeito a longo prazo da intervenção psicoterapêutica HBM pode não ter significância, uma vez que o estado emocional varia no tempo, como consequência de novas circunstâncias e vivências experienciadas pelo indivíduo. Apesar de as intervenções psicológicas potenciarem uma estrutura mental resistente a experiências agressoras, tal como acontece com o modelo HBM, todas as pessoas entram, com mais ou menos facilidade, em estados introspectivos, e sempre de acordo com a sua personalidade e percepções da realidade.

Este estudo abrangeu participantes oriundos de diversas regiões do país. Contudo, seria interessante alargar o espectro de ação e implementação do projeto a uma amostra mais

alargada. Para tal, será importante a continuidade do estudo, continuando a implementá-lo aos pacientes que procurem ajuda psicoterapêutica na Clínica da Mente e que, voluntariamente, queiram fazer parte do estudo. Deste modo, será possível uma maior generalização dos resultados obtidos e assertividade nas conclusões, permitindo comprovar de forma mais consistente estes mesmos resultados.

A abordagem HBM foi implementada em toda a amostra do presente estudo. Embora seja considerável a variação dos fatores sociais e ambientais, poderá ser pertinente criar, além do grupo experimental, um grupo de controlo de forma a avaliar o impacto de diferentes metodologias interventivas, assim como o potencial efeito placebo da medicação que muitos destes pacientes usam de forma continuada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2001). Atualizações em Terapia Cognitivo-Comportamental. B. Rangé (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 43-65.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Audrey, S., Holliday, J., Parry-Langdon, N., & Campbell, R. (2006). Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIST. *Health Education Research*, 21: 366-377.
- Azevedo, M., Silva, C., Ferreira, A., César, H. & Clemente, V. (1994). O Modelo Cronobiológico da Depressão. Comunicação apresentada na Mesa Redonda “Depressão” do I Encontro de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid, *Perspectivas Terapêuticas em Psiquiatria – Que Integração?.* Coimbra.
- Azevedo, M., Ferreira, A., & Clemente, V. (1994). Um Modelo Integrativo dos Distúrbios do Humor: da Etiopatogenia ao Tratamento. Coimbra.
- Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). Na atlas of depression, Boca Raton, London, New York, Washington D.C.. The Parthenon Publishing Group.
- Bahls, S. (2002). Depression in childhood and adolescence: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78 (5): 359-66.
- Beck, A. & Ward, C. (1961). Dreams of depressed patient: Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry*, 5: 462-467.
- Beck A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1978). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6): 1365-1367.
- Beck A., Brown G., Steer R., Eidelson J., Riskind J. (1988). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 96: 179–183.

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II manual. The psychological corporation. San Antonio, TX.
- Beck, A. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. Acedido a 20 de março de 2016 em: <http://cpx.sagepub.com/content/early/2016/03/26/2167702616628523.full.pdf+html>.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
- Brás, P. (2016). Depressão: doença ou perturbação emocional. *Terapias da mente*. Ano IV. 24:74-75
- Brás, P. (2014). Angústia... a dor da morte. Acedida a 23 de março de 2016, em <https://www.clinicadamente.com/a-angustia-a-dor-da-morte/>
- Brás, P. (2010). Manual HBM. Documento não publicado. London: Master HBM Research.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Campos R. (2010). Estudio de la morbilidad psiquica en el nivel de Atención Primaria de la Ciudad de Zaragoza [Dissertação de Doutoramento]. University of Zaragoza.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 143-157. Costa, E., Antonio, R., Soares, M. & Moreno, R. (2006). Psychodramatic psychoterapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online], 28(1): 40-43.
- Cruz, P. (2009). Dissertação de mestrado em sociologia. A depressão no feminino. O género e a doença como laboratório de laços sociais. Braga
- DSM-IV – TR (2002), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Ed. Climepsi Editores
- Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. 21 (1): 06-11. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso . ISSN 1516-4446.doi: 10.1590/S1516-44461999000500003.
- DGS (Direção-Geral da Saúde). (2014). Portugal: Saúde Mental em Números 2014. Lisboa.

- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* (23): 871-889.
- Ensinck, K., Schuurman, A., Van DenAm, M., Kester, A., Knottnerus, J. *et al.* (1999). Is there an increased risk of dying after depression?. *American Journal of Epidemiology*, 156(11): 1043-1048.
- Frances, A. (2014). "Transformamos problemas quotidianos em transtornos mentais". Acedido a 20 de Março de 2016, em http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html.
- Freud, S. (1953). Inhibicion, síntoma y angustia. *Obras completas*, Buenos Aires: Rueda.
- Gall, M., Borg, W., Gall, J. (1996). *Educational research. An introduction*. London: Longman Publishers.
- Gotlib, I., McCann, C. (1984). *Journal of Personality and Social Psychology* [online], 47(2): 427-439. Acedido a 28 de março em <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.47.2.427>.
- Gusmão, R. *et al.* (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa* 18: 129-146.
- Guz, I. (1990). *Depressão: O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Hayes, M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J. & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptoms change and positive in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2): 111-122.
- Kirsch, I. (2012). "Treating depression: is there a placebo effect?". Acedido a 21 de março de 2016, em <http://www.cbsnews.com/news/treating-depression-is-there-a-placebo-effect/>.
- Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22 (2): 197-204.
- Metha, S., Mittal, P., & Swani, M. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *German Journal of Psychiatry*, 16(4): 124–129.
- Mufson, L., Dorta, K., Olfson, M., Weissman, M. & Hoagwood, K. (2004). Effectiveness research: transporting Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A) from the Lab to School-Based Health Clinics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4): 251-261.

- National Institute of Mental Health (2002). *Anxiety Disorders* (Rev. Ed.). Hendrix, M.L.: Author.
- Nierenberg, A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: SciencePress, Ltd.
- Oliver, J. & Simmons, M. (1984). Depression as measured by the DSM.III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52(5): 892-8.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- PNS (Plano Nacional de Saúde). (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, S., Antunes, S., Dias, C. (2014). Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Boletim Epidemiológico*, n.º 7, 2ª série.
- Sauvagnat, F. (2012). Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 1(1): 13-27.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). *Psicoterapia das depressões*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1): 41-47.
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Simon, G., VonKorff M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*. 147(2), 155-160.
- Starkey, F., Moore, L., Campbell, R., Sidaway, M., Bloor, M. & ASSIST (2005). Rational, design and conduct of a comprehensive evaluation of a school-based peer-led anti-smoking intervention in the UK: the ASSIST cluster randomised trial, *BioMed Central* [online]. Acedido a 15 de abril de 2016 de www.biomedcentral.com/1471-2458/5/43.
- Syvälähti, E.K.G. (1994). Biological Aspects of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 11-15.

- Tuckman, B. W. (2000). Manual de investigação em educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. Coimbra Médica, XX, 713-736.
- Wilkinson, D.G. e colaboradores (2002). A multinational, randomised, 12-week, comparative study of donepezil and rivastigmine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease. International Journal for Clinical Practice, 56(6): 441-446.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2003). Investing in Mental Health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
- World Health Association (WHA) (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Wulsin, L., Vaillant, G., Wells, V. (1999). A systematic review of the mortality of depression. Psychosomatic Medicine, 61: 6-17.

Anexo A: Dados Sociodemográficos

Preencha as informações solicitadas com os seus dados pessoais:

Nome Completo: _____ **Distrito** _____
Data: ____/____/____

Idade: _____ **Sexo:** Feminino Masculino **Tem filhos?** S N **N.º**

Filhos _____

Situação Laboral: Empregado Profissão _____ Desempregado Baixa Médica
 Reformado

Estudante **Estado Civil:** Solteiro Casado União de Facto Separado Divorciado
 Viúvo

Escolaridade: 1.º ciclo (4.ª classe) 2.º ciclo (6.º ano) 3.º ciclo (9.º ano) Secundário
Licenciatura/Mestrado Doutoramento

Anexo B: Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que **melhor** descreve a maneira como se tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se encontrar várias afirmações num grupo que lhe pareçam aplicar-se a si, faça um círculo em cada uma. **Tenha o cuidado de ler todas as afirmações de cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

| | | | |
|----------|--|-----------|---|
| 1 | 0 Não me sinto triste 1 Eu sinto-me triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar | 7 | 0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a) 1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a) 2 Estou desgostoso(a) comigo mesmo(a) 3 Eu odeio-me |
| 2 | 0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro 1 Sinto-me desanimado(a) quanto ao futuro 2 Acho que não tenho nada a esperar 3 Sinto que o futuro é sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar | 8 | 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. 1 Critico-me pelas minhas fraquezas e erros 2 Critico-me constantemente pelas minhas falhas 3 Culpo-me por tudo de mal que acontece |
| 3 | 0 Não me sinto fracassado(a) 1 Acho que falhei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso | 9 | 0 Não tenho qualquer ideia de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar 2 Gostaria de me matar 3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade |
| 4 | 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto o prazer nas coisas que era habitual 2 Não encontro prazer real em coisa alguma 3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo | 10 | 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Atualmente, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira. |
| 5 | 0 Não me sinto particularmente culpado(a) 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo 2 Sinto-me bastante culpado(a) na maior parte do tempo 3 Sinto-me sempre culpado(a) | 11 | 0 Não me irrita mais do que é costume 1 Fico aborrecido(a) ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a) 3 Já não fico irritado(a) com coisas que antes me irritavam |
| 6 | 0 Não acho que esteja a ser punido(a)/castigado(a) 1 Acho que posso ser punido(a) 2 Acho que mereço ser punido(a) 3 Acho que estou a ser punido(a) | 12 | 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado (a) nas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas |

| | | | |
|----|--|----|---|
| 13 | <p>0 Tomo decisões tão bem como antes</p> <p>1 Adio a tomada de decisão mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão</p> | 18 | <p>0 O meu apetite é o mesmo de sempre</p> <p>1 Não tenho tanto apetite como costumava ser</p> <p>2 O meu apetite, agora, está muito pior</p> <p>3 Perdi completamente o apetite</p> |
| 14 | <p>0 Não acho que a minha aparência seja pior do que costumava ser</p> <p>1 Estou preocupado(a) por parecer velho(a) ou nada atraente</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem não parecer atrativo</p> <p>3 Consideo-me feio (a)</p> | 19 | <p>0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2,5 Kg</p> <p>2 Perdi mais do que 5 Kg</p> <p>3 Perdi mais do que 7 Kg</p> <p>Estou a tentar perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> |
| 15 | <p>0 Sou capaz de trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo fazer qualquer trabalho</p> | 20 | <p>0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como, dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar noutra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p> |
| 16 | <p>0 Consigo dormir tão bem como habitualmente</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p> | 21 | <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado(a) pelo sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p> |
| 17 | <p>0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado (a) mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado (a) ao fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa</p> | | |

Agradecemos a sua colaboração.

Anexo C: Documento Informativo

CLÍNICA DA MENTE

Departamento de Investigação

Material de Apoio à Investigação:

- Questionário Sócio-Demográfico
- Beck Depression Inventory

O Departamento de Investigação da Clínica da Mente pretende o crescimento constante e o desenvolvimento da Terapia HBM®. Por esta razão, solicitamos a sua participação num estudo científico, respondendo a uma série de perguntas. A sua participação é totalmente voluntaria e confidencial. Não existem riscos associados à sua participação e as suas sessões de psicoterapia não serão afetadas.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade,
Votos de Felicidade!

As questões em relação a este estudo devem ser dirigidas à Psicoterapeuta Joana Oliveira. joanaoliveira@clinicadamente.com

Li e aceito as condições acima referidas,

Porto, _____ de _____,

Assinatura do participante
